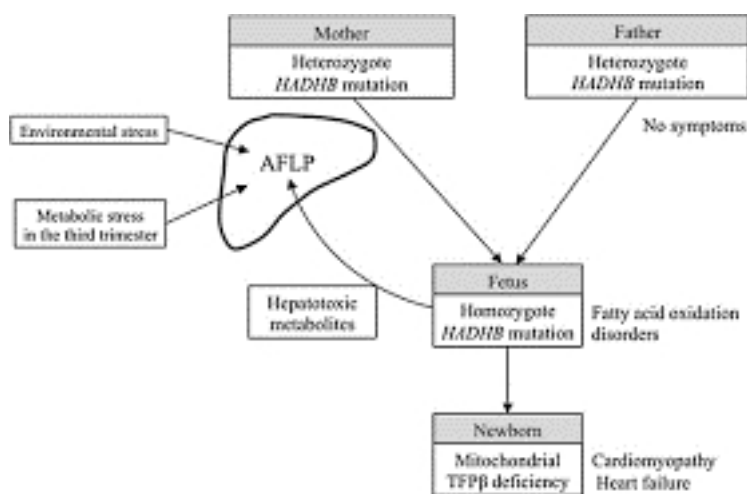


BS CKII Nguyễn Thị Kiều Trinh - Khoa Phẫu Sản

Gan nhiễm mỡ cấp tính vô căn của thai kỳ (Idiopathic acute fatty liver of pregnancy AFLP) hoặc suy gan chu sinh có thể hiếm gặp, là một rối loạn hiếm gặp của thai kỳ được đặc trưng bởi suy chuyển hóa gan, có thể tiến triển đến suy gan, rối loạn đông máu rải rác trong nội mô (DIC), giảm chức năng antithrombin III, giảm đường huyết và suy thận. Suy gan hiếm gặp ngay sau sinh. Khi khám tra mô học gan cho thấy vi nang gan tế bào chết béo. Rối loạn hiếm gặp khoảng 1/7000- 1/11.000 thai kỳ.

Nguyên nhân gây ra gan nhiễm mỡ cấp ở thai kỳ hiện nay vẫn chưa rõ. Bệnh mang tính chất di truyền, thuộc cơ chế lý tế bào phân tử. Những bất thường trong chuỗi oxi hóa axit béo và trong số hoạt động của các men chu trình urê tế bào phân tử đã được tìm thấy trong gan của những bệnh nhân này. Những người có một hay nhiều hơn bất thường này sẽ có sự tích tụ men xúc tác trong quá trình oxy hóa tế bào phân tử của acid béo ở trung tâm. Trong khi một khuyết tật này hoặc giảm đường huyết, hôn mê và có những dấu hiệu của các men gan bất thường hoặc được tìm ra nguyên nhân.



Cách chẩn đoán gan nhiễm mỡ cấp trong thai kỳ

Việc chẩn đoán AFLP thường liên quan đến rối loạn chức năng gan trong giai đoạn muộn của thai kỳ. Số ngày có tiến triển từ 1- 21 ngày (trung bình 9 ngày) với các triệu chứng bao gồm buồn nôn và ói mửa (71%), khó chịu (64%), đau bụng (50%), sốt (32%), vàng da hoặc niêm mạc

Gan nhiễm mỡ cấp trong thai kỳ

Viết bởi: Biên tập viên

Thứ sáu, 08 Tháng 7 2016 06:35 - Lần cập nhật cuối: Thứ sáu, 08 Tháng 7 2016 06:54

tiêu đường (29%), đau đầu (21%), ngứa (11%) và đau hông (11%). Ngứa không phải bệnh và thường cho thấy các rối loạn nội phân bào trong thai kỳ, có thể xảy ra hội chứng ngứa gan trong giai đoạn muộn.

Clin lâm sàng biểu hiện thời gian prothrombin kéo dài, giảm antithrombin III, men gan tăng. Hồng cầu bạch cầu có thể xảy ra và tăng bạch cầu, tăng Bilirubin toàn phần, creatinin và nồng độ phosphatase kiềm. Sinh thiết gan hiếm khi cần thiết để chẩn đoán vì nguy cơ chảy máu khi thực hiện thủ thuật và kết quả sinh thiết gan trong AFLP giống với kết quả sinh thiết gan trong tiêu sẩn gan và không thay đổi cách điều trị. Chẩn đoán hình ảnh hiếm khi giúp chẩn đoán. Siêu âm có thể loại trừ các nguyên nhân khác như u gan, viêm động mạch, nhồi máu gan. Siêu âm và CT có thể chẩn đoán gan nhiễm mỡ. . Thai nhi được theo dõi tim thai qua biểu đồ tim thai (CTG). Giảm ý sinh thiết gan, khi chức năng gan không trở lại bình thường sau khi sinh. Hình ảnh mô học gan nhiễm mỡ cấp tính thai kỳ biểu hiện: cấu trúc gan bình thường, các tiểu u thùy spong, trung tâm tiểu u thùy nhiễm mỡ, nhúng tế bào gan phình nhô bóng bóng.

Chẩn đoán phân biệt với tiền sản giật, hội chứng HELLP, viêm gan siêu vi cấp, nhiễm mỡ trong gan cấp độ thai kỳ, viêm gan do thuốc.

Bệnh	Quý/ TK	Tỷ lệ	Lâm sàng	Cận lâm sàng
Tiền sản giật	2-3	3-10%	Buồn nôn, nôn mửa, đau thượng vị, phù, tăng huyết áp, thay đổi các dấu chứng thần kinh, co giật	ALT < 500 U/L, protein niệu, DIC
Hội chứng HELLP	3	0,1	Tăng huyết áp, đau đầu, buồn nôn, nôn mửa, vàng da	Hemolysis, ALT < 500U/l, TC < 100x 10 ⁹ /l, LDH cao, DIC
Gan nhiễm mỡ cấp trong thai kỳ	3	0,01	Khó chịu, buồn nôn, nôn, vàng da, hôn mê gan	ALT < 500U/L, tăng Bilirubin, hạ đường huyết, tăng amoniac, tăng BC, DIC, giảm tiêu cầu, PT kéo dài, giảm fibrinogene.
Viêm gan siêu vi	Bất cứ		Buồn nôn, vàng da	ALT rất cao, tăng Bilirubin, HbsAG+, antiHCV +
Ứ mật trong gan của thai kỳ	2-3	0,1- 0,2	Ngứa, vàng da, mờ hồi đầu	ALT < 500, tăng Bilirubin, tăng GGT
Viêm gan do thuốc			Thường không có triệu chứng, đôi khi buồn nôn, vàng da.	Tăng ALT, tăng Bilirubin, tăng GGT.

Những hội chứng lên cơn bao gồm hội chứng huyết, DIC, viêm tụy, suy thận cấp, viêm gan và hội chứng não gan. Suy thai và tử vong sơ sinh có thể xảy ra do phát triển hoàn toàn cùng nhau. Trong quá trình sinh đẻ, mẹ có thể chảy máu do đông máu hay rối loạn đông chảy máu. Trong những năm trở lại đây, với những tiến bộ trong điều trị tích cực của khoa, tử vong sơ sinh và tử vong mẹ do AFLP giảm có ý nghĩa. Tỷ lệ tử vong mẹ ước tính 12,5- 18%, tử vong thai 65%.

AFLP là một cấp cứu nội khoa cần được xác định và điều trị nhanh chóng. Tuy AFLP hiếm gặp nhưng rất nguy hiểm vì biến chứng đe dọa tính mạng của bệnh lý này. Suy gan và tử vong thai có thể xảy ra trong vòng vài ngày. Ngay sau khi mẹ được chẩn đoán chính xác bệnh lý này. Mẹ lấy thai không phụ thuộc đến sinh ngã âm đạo. Không có thuốc đặc trị trong bệnh lý AFLP. Điều trị triệu chứng là chủ yếu. Trong quá trình điều trị nội khoa mẹ, cần tiến hành hóa sinh và các xét nghiệm giải phẫu, điều trị hội chứng huyết, điều trị chảy máu rối loạn đông chảy máu. Cần kiểm soát đường huyết chặt chẽ. Bệnh não gan có thể cần tiến hành với lactose uống và chế độ ăn protein thấp, giàu cacbonhydrate.

Đa số các bệnh nhân AFLP phục hồi suy gan cấp sau khi chấm dứt thai kỳ. Các triệu chứng và các xét nghiệm liên quan đến chức năng gan cần tiến hành trong vòng 24- 48h sau sinh, và số hội phục có thể diễn tiến trong vài tuần tiếp theo. Một số suy gan tái cấp với hội chứng não gan và suy thận. Chẩn đoán ghép gan với những bệnh nhân không phục hồi sau sinh 3 ngày. Trước đây, người ta nghĩ rằng AFLP không tái diễn trong lần mang thai tiếp theo, tuy những mới nghiên cứu gần đây ghi nhận có vài trường hợp tái phát AFLP.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chestnut, MD. Obstetric Anesthesia: Principles and Practice.2009.993
2. HH Ko, E Yoshida. Acute fatty liver of pregnancy. Can J Gastroenterol 2006; 20(1):25-30.
3. Jamal A Ibdah. Acute fatty liver of pregnancy: An update on pathogenesis and clinical implications. World J Gastroenterol 2006; 12(46): 7397-7404
4. Michael J Barsoom, MD, FACOG; Chief Editor: Ronald M Ramus, MD. Acute Fatty Liver of Pregnancy. Updated: Jan 15, 2015
5. Bahloul M, Ksibi H, Khlaf Bouaziz N, Dammak H, Ben Hamida C, Kallel H, Chelly H, Bouaziz M. Tunis Med. 2008 Jun; 86(6):525-8. Acute fatty liver of pregnancy, Tunis Med 2008.